

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THESE

469

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gaston LE MOUEL

Né le 18 Mars 1907, à Saint-Dolay (Morbihan)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PERFORATIONS UTERINES
AU COURS DES AVORTEMENTS**

Président de Thèse : M. R. PROUST, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PERFORATIONS UTÉRINES
AU COURS DES AVORTEMENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551813_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gaston LE MOUEL

Né le 18 Mars 1907, à Saint-Dolay (Morbihan)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PERFORATIONS UTERINES
AU COURS DES AVORTEMENTS

Président de Thèse : M. R. PROUST, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PIÉDELÈVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont la vie, toute de labeur et d'honnêteté, me sera toujours d'un précieux exemple.

Que ce modeste travail soit le témoignage de la vénération profonde et du souvenir reconnaissant et affectueux que j'attache à son nom !

A MA MÈRE

Qui fit tant pour moi, et dont la tendresse et les sages conseils me furent toujours d'un précieux réconfort.

Faible témoignage de mon immense reconnaissance et de mon amour filial.

A MA FEMME

Témoignage de profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA BELLE-MÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A MA FILLEULE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR R. PROUST

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider notre thèse.

Témoignage de notre respectueuse déférence
et de notre profonde gratitude.

A M. le PROFESSEUR MARQUIS

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de la Clinique Saint-Vincent,
Directeur du Centre anticancéreux de Bretagne,
Correspondant national de la Société de Chirurgie.

A M. le PROFESSEUR LE DAMANY

Professeur de Clinique médicale.

A M. le PROFESSEUR LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale.

A M. le DOCTEUR BRAULT

Accoucheur en chef de la Clinique Saint-Vincent.

Témoignage de reconnaissance.

A M. le DOCTEUR LE ROY

Professeur de Pathologie interne
à l'Ecole de Médecine de Rennes.

*Qui fut toujours pour nous d'un inlassable
dévouement et dont l'amitié nous fut sou-
vent d'un précieux réconfort.
Témoignage de sincère attachement.*

AU MÉDECIN COMMANDANT A. POIRIER

Médecin traitant I^{er} Fiévreux,
Hôpital militaire de Rennes,
Médecin chef du Centre de Dermato-Vénérologie
de la X^e Région.

*Dont nous fûmes l'assistant à l'Hôpital
Ambroise-Paré, et qui sut si bien concilier
nos obligations militaires avec nos préoccupations personnelles.*

Témoignage de vive reconnaissance.

A tous mes Maîtres des Hôpitaux
et de l'Ecole de Médecine de Rennes.

A . J. LE LAY

In memòriam.

A M. BOULANGER

Directeur de l'Ecole de rééducation professionnelle
des Mutilés de Rennes.

Dont nous fûmes le collaborateur.

INTRODUCTION

La fréquence et surtout la gravité des perforations utérines observées au cours de l'avortement criminel et du curettage, nous incitent à développer ce sujet dans notre thèse inaugurale.

Notre Maître, le Docteur MARQUIS, de Rennes, a bien voulu attirer notre attention sur cette question et nous confier quelques observations recueillies dans son service. Nous l'en remercions bien vivement. Qu'il trouve ici, avec l'expression de notre profonde gratitude, le témoignage de notre très vif attachement.

On a voulu récemment distinguer — peut-être un peu artificiellement — les perforations criminelles et les perforations utérines chirurgicales produites par la curette d'un chirurgien qualifié. On a dit que les secondes comportaient un pronostic relativement bon, que les premières avaient, au contraire, un pronostic effroyable.

Toute perforation utérine est une plaie pénétrante de l'abdomen et doit être avant toute chose considérée comme telle.

D'autre part, le chirurgien, s'il a la malchance de perforer la matrice avec sa curette, traverse avec

celle-ci un utérus souvent hyperseptique, qui a déjà subi des manœuvres abortives. Enfin, le chirurgien, s'il s'accuse parfois d'une perforation, peut n'en être pas le responsable si — comme le cas est fréquent — la perforation préexiste.

Enfin, qu'il s'agisse de perforation criminelle ou de perforation du curettage, s'il y a inclusion intra utérine de viscère abdominal, la conduite à tenir et le pronostic sont trop voisins pour que l'on établisse entre ces deux variétés de perforations une distinction fondamentale.

Question de pratique chirurgicale de premier plan, les perforations utérines ont été longtemps passées sous silence. Si leur anatomie pathologique avait été bien précisée dans la thèse médico-légale de PAUL, leur étude clinique et les indications opératoires qu'elles comportaient étaient peu étudiées. On ne trouve dans la littérature que des observations éparses jusqu'en 1931.

A cette date, paraît la remarquable thèse de BERGOUIGNAN (élève de PROUST), qui pose admirablement le problème et en résoud la majorité des points. Coïncidant avec cette thèse et ayant une observation du même auteur comme motif, se développe à la Société de Chirurgie de Paris, une vaste discussion, non encore close d'ailleurs, à laquelle prennent part d'une façon active MM. PROUST, MONDOR, SAUVÉ, DESPLAS, MOURE, MOCQUOT, ROUHIER, HUET, BASSET, SOUPAULT.

Notre modeste travail a pour but d'exprimer les idées de ces auteurs et d'essayer d'en dégager une

méthode ou plutôt une ligne de conduite, quant aux perforations utérines.

Au cours de notre exposé, nous nous occuperons strictement de la partie anatomo-clinique et chirurgicale du sujet, délaissant complètement la partie médico-légale de celui-ci qui n'est pas de notre compétence.

ÉTIOLOGIE

Toutes les fois que les différents auteurs ont voulu faire préciser aux malades atteintes de perforation utérine d'ordre criminel la nature et la complexité des traumatismes qu'elles avaient subis, ils se sont heurtés à un mutisme inexpugnable. Cependant, dans les cas où la discrétion des malades est moins hermétique, on peut leur faire préciser la nature de l'agent vulnérant et l'importance du ou des traumatismes.

En règle, il s'agit d'un objet long et rigide introduit dans l'utérus :

— tantôt il s'agit d'une sonde en gomme, d'une aiguille à tricoter, d'une cuillère en bois taillée en pointe (Krsek), d'un fil de fer plus ou moins épais, d'une baleine de parapluie ;

— tantôt d'une canule métallique ou de verre destinée à pratiquer une injection intra-utérine.

La perforation du curettage est parfois due à des manœuvres brutales produites par un chirurgien non qualifié; mais dans la majorité des cas le chirurgien n'est pas en cause et la friabilité de la matrice, et en particulier de la zone placentaire, est telle que la moindre poussée effondre la paroi utérine. D'ailleurs, comme nous le disons plus haut, souvent la perfora-

tion préexiste et le chirurgien se l'attribue à tort. Parfois, elle préexiste petite et c'est la curette qui l'agrandit.

Quant aux perforations produites par les laminaires, elles préexistent indiscutablement, quoique rares. Elles surviennent souvent dans le cas d'utérus très antéversé, très antéfléchi ; dès lors, la laminaire réduit cette antéflexion et dans les utérus gravides friables, elle risque, en rétablissant l'axe, de perforer la paroi postérieure de la matrice. Mais, en règle, les laminaires donnent tout au plus et exceptionnellement des fissurations de l'isthme, aboutissant à des hémorragies importantes et parfois à des suppurations du ligament large.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons les lésions utérines et celles des viscères para utérins.

Au niveau de l'utérus la perforation est de dimensions très variables. Ce n'est parfois qu'un simple orifice du calibre de l'agent vulnérant ; dans d'autres cas, il s'agit au contraire d'une déchirure large et béante, ayant laissé échapper dans la cavité abdominale le fœtus et les fragments placentaires.

Dans une observation de TANASESCO (de Jassy), la perforation mesure un demi-centimètre. C'est une très large brèche sur la face postérieure de l'utérus dans un cas de SOUPAULT et par cette brèche passe une lanière d'intestin ; cas également du docteur MARQUIS, avec extériorisation du grêle par la vulve.

Ces lésions de la séreuse n'ont pas un étroit parallélisme avec les lésions du muscle utérin. C'est là un point sur lequel BERGOUIGNAN a bien insisté. L'auteur s'explime ainsi :

« Un fait est intéressant à noter : la résistance beaucoup plus grande du péritoine que du muscle utérin. Il n'est pas rare, en effet, de constater une déchirure péritonéale peu étendue, sous laquelle l'utérus est véritablement déchiqueté. Ce sera une chose importante à apprécier pour la conduite opératoire ; on

pourrait être, en effet, tenté de suturer une simple déchirure péritonéale et être malgré tout conduit à l'hystérectomie, à cause des lésions musculaires sous-jacentes. »

Un autre fait important à préciser est le suivant. Il existe des perforations à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce. Ce sont des cas favorables où, si l'utérus n'est pas infecté, si la perforation est de date récente, on sera autorisé à tenter la suture. Il existe, au contraire, des perforations à bords contus, déchiquetés, œdématiés. A ces dernières perforations s'adresse l'hystérectomie, car la suture simple serait trop aléatoire. On voit donc l'importance de cette distinction au point de vue opératoire. Au même titre que la plaie de guerre, la plaie utérine doit être traitée suivant l'heure du traumatisme, le degré d'infection des tissus, l'aspect plus ou moins net et plus ou moins déchiqueté de ses bords.

Le siège des lésions utérines est variable ; la plupart des auteurs indiquent comme maximum de fréquence l'isthme et le fond utérin. En réalité, on peut rencontrer des perforations au niveau de tous les différents segments du corps utérin.

Dans une observation de SOUPAULT, l'utérus est perforé au niveau de son dôme.

BERGOUIGNAN trouve une très large déchirure transversale de la face postérieure de la matrice.

LOEWY découvre chez une de ses opérées une perforation de la corne utérine droite que masquait un lambeau d'épiploon.

Il convient aussi de distinguer les perforations intra-péritonéales, de beaucoup les plus fréquentes, et les perforations extra-péritonéales, bien plus rares. Ces dernières succèdent à des traumatismes latéraux qui mènent l'agent vulnérant dans la base ou entre les deux feuillets du ligament large. Ainsi se constituent les hématomes du ligament large, car les gros plexus veineux utérins sont fréquemment intéressés. On a signalé également des plaies ou des déchirures de l'artère utérine, des déchirures de l'uretère.

La forme de la perforation est à peu près invariable et revêt celle observée dans les plaies de guerre. La perforation utérine est en cratère dont l'ouverture la plus large se trouve du côté péritonéal. De même le projectile de guerre a un orifice de sortie déchiqueté, alors que son orifice d'entrée est le plus souvent punctiforme.

Localement, l'évolution de la plaie est variable.

Parfois, elle cicatrise sans même avoir inoculé le péritoine ; c'est le fait des plaies petites, à bords nets, produites sur des utérus non ou peu infectés.

Ailleurs, elle inocule le péritoine et détermine une péritonite qui tue la malade si l'on n'opère pas d'extrême urgence.

Ailleurs enfin, se constituent des phénomènes de gangrène utérine septique. L'instrument est simplement venu érailler la muqueuse et c'est de ce point contus que vont partir les phénomènes gangréneux qui aboutiront à la perforation. LECLERQ et CRÉPIN ont insisté à ce propos sur la mauvaise vascularisation du

fond utérin au niveau de la ligne médiane. Les tissus se défendent mal à cet endroit et c'est pourquoi les gangrènes utérines *post abortum* seraient beaucoup plus fréquentes au niveau du fond qu'en toute autre partie de l'utérus.

Mais, à côté de cette gangrène utérine septique aboutissant à la perforation secondaire ou agrandissant une petite perforation primitive, il y a lieu d'opposer en tant que complication de la plaie utérine l'infractus tubo-ovarien sur lequel MONDOR a récemment insisté.

SOUPAULT en a publié un cas à la Société de Chirurgie de Paris. Après laparotomie médiane sous-ombilicale, il trouve un utérus perforé à son dôme, mais en outre complètement violacé et marbré dans toute son étendue. L'examen histologique vint affirmer d'une façon indubitable qu'il s'agissait bien d'infarctus du myomètre.

Les lésions associées sont très fréquentes et augmentent la gravité des perforations utérines.

A la plaie utérine, à l'inoculation du péritoine pelvien, s'ajoutent souvent des lésions des viscères abdominaux. Le péritoine réagit de façon variable, suivant la résistance de la malade et la virulence du germe. Parfois le péritoine obture rapidement la perforation. C'est le cas de certaines petites perforations et il ne se produit pas de péritonite.

Ailleurs une péritonite hyperseptique apparaît avec une extrême rapidité et en général c'est le streptocoque qui est en jeu, bien que LOEWY ait publié à

la Société Nationale de Chirurgie deux observations de perforation utérine où il s'agissait dans un cas de Friedlander, dans l'autre de pneumo-entérocoque.

De nombreux viscères abdominaux peuvent être lésés :

La vessie peut être déchirée sur sa face postérieure. La lésion est en règle intrapéritonéale.

L'intestin grêle est fréquemment lésé. MESTITZ, BROWN CRAIG, SIMONCELLI, BERGOUIGNAN, HELMAN, MOCQUOT ont signalé des lésions de l'intestin grêle. Mais il s'agit bien plus souvent de lésions mésentériques que de lésions intestinales. Sans doute il existe des hématomes sous-séreux, des éraillures de la séreuse ; mais rarement il y a plaie ou solution de continuité de l'intestin.

PINSAN (de Béziers) découvre une désinsertion du mésentère de 15 centimètres environ au ras de l'anse ; celle-ci est ecchymotique, mais n'est pas perforée.

Cependant, dans une observation d'HELMAN (de Galatz), la solution de continuité du grêle est interrompue. « L'intestin grêle arraché du cæcum pendait dans le vagin et donnait issue aux matières. Il était en outre désinséré du mésentère sur une longueur de 40 centimètres. »

Quand l'intestin grêle est lésé, il est très fréquent de le voir faire hernie dans la cavité utérine, et même dans le vagin. Nombre d'observations signalent une anse grêle à la vulve. M. MARQUIS (de Rennes) opéra une femme qui présentait une anse à la vulve à la suite d'un curetage. BROWN CRAIG cite l'observation

d'une malade dont un long segment de grêle faisait issue hors de la vulve. Une sage-femme prit ce segment intestinal pour le cordon ombilical et en sectionna 75 centimètres. Ce n'est qu'en voyant le contenu qu'elle comprit son erreur et appela le chirurgien qui opéra et guérit la malade.

Le gros intestin est rarement lésé. Jusqu'à présent trois auteurs ont signalé cette variété de lésions. MAXWEL signale une lésion importante du rectum. PLACENTIANU a publié une rupture de l'anse sigmoïde. Récemment, SOUPAULT publie à la Société Nationale de Chirurgie de Paris un arrachement du rectum et du sigmoïde au cours d'un curettage : « Le gros intestin a sa paroi antérieure arrachée et dilacérée sur plus de 30 centimètres, depuis le sommet de l'anse sigmoïde jusqu'en bas de l'ampoulè. La réparation est impossible tant par la forme et l'étendue des lésions qu'en raison de l'état général. » L'auteur est conduit à faire une résection du segment sigmoïdo-rectal et sa malade finit par guérir après de multiples incidents.

Les uretères sont souvent lésés dans les perforations des bords latéraux de l'utérus. OTTOW, RATHERMOND, KLAUSER relatent des lésions urétérales consécutives à une blessure du ligament large. Ce peut être une simple plaie de l'uretère ou bien une section véritable.

Enfin, la paroi abdominale elle-même peut être intéressée dans certaines perforations utérines ; le cas est d'ailleurs absolument exceptionnel.

BATTOMLEY cite un cas de passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. BERGOUIGNAN cite

une observation de LÖEY où une perforation utérine par avortement criminel s'accompagnait de rétention du corps étrangers et d'une plaie para-ombilicale. En réalité, dans cette observation, il ne s'agissait nullement d'une plaie de la paroi abdominale par l'agent vulnérant, mais d'un opérateur improvisé qui, pour faire disparaître le corps du délit, avait tenté une laparotomie d'ailleurs incomplète et sans résultat.

La rétention des corps étrangers dans le ventre n'est pas très fréquente. Cependant, plusieurs auteurs l'ont rencontrée. Dans un cas cité par LECÈNE, la canule était dans le ligament large. SCHWARTZ enleva près du cæcum un crochet d'ivoire ; LEWIS, LEICESTER trouvèrent chacun un morceau de bois dans le bassin. COULD, qui avait senti l'extrémité supérieure du crochet à deux doigts de l'ombilic, sous les téguments, au centre d'un abcès, eut la surprise le lendemain de le trouver engagé dans le vagin et facile à retirer.

SCHREINER ne fut renseigné sur le corps étranger que par la radiographie et c'est WEBER qui enleva par laparotomie le fragment de canule vu à hauteur de l'articulation sacro-iliaque gauche sous les rayons.

Il nous reste encore à signaler les cas où la perforation criminelle est suivie de l'administration d'une injection intra-utérine de liquide caustique qui vient augmenter les dégâts viscéraux qui ont pu être déterminés par l'agent vulnérant.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous prendrons pour type de description la perforation utérine de l'avortement criminel. Il est très difficile de décrire un syndrome de perforation isolée, pur. En effet, la plupart des observations concernent des cas vus soit à la période de péritonite, soit des cas complexes où, à la perforation utérine s'associent de graves lésions viscérales. Cependant, il est possible de décrire un syndrome de perforation utérine au début où les symptômes sont encore très discrets, mais où un traitement opportun est extrêmement efficace.

L'interrogatoire permet hélas trop rarement de préciser qu'à la suite de manœuvres intra utérines, la malade a ressenti une douleur vive dans le pelvis en même temps qu'elle a perdu un peu de sang.

La douleur est très variable, parfois minime ; elle est ailleurs intense, presque syncopale. Son siège est hypogastrique et elle irradie vers les lombes. Mais, c'est une douleur abdominale plus qu'utérine, fait important à préciser. Elle s'atténue rapidement pour disparaître.

Les hémorragies sont en général très discrètes, hors le cas rare de rupture d'un vaisseau important.

A cette période, l'état général est le plus souvent

excellent ; la température est normale, le pouls bien frappé.

En présence d'une telle malade, il convient de pratiquer des examens fréquents, d'heure en heure, pour guetter l'apparition du symptôme majeur quant à l'indication opératoire, à savoir la *contracture*.

Telle malade présentera au bout de deux ou trois heures une défense légère, hypogastrique, médiane ou latérale. Cette défense demande à être recherchée en comparant avec le côté opposé quand elle est latérale.

Telle autre malade présente au bout de quelques heures une contracture nette, soit segmentaire, souvent très localisée, difficile à découvrir, soit déjà une contracture iliaque et hypogastrique étendue, difficile à vaincre. C'est là un signe indiscutable d'inoculation septique du péritoine pelvien, le début de la péritonite.

Ailleurs, la défense ou la contracture apparaissent plus tardivement 24 ou 48 heures après la perforation en même temps que les signes fonctionnels classiques de la péritonite, à savoir les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz.

Ailleurs enfin, et le fait est loin d'être rare, la perforation est entièrement silencieuse et ne détermine aucun signe péritonéal. On n'observe pas la moindre défense, le ventre reste parfaitement souple, l'état général est excellent. C'est alors le triomphe de la thèse des abstentionnistes qui conseillent un simple traitement médical : diète, immobilité, glace sur le ventre.

Mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue de suivre attentivement de telles malades qui sont sous la menace d'une péritonite rapidement diffusée.

Il conviendra de guetter la moindre contracture qui, comme l'a dit M. le Professeur PROUST, est souvent minime : « Ce n'est souvent qu'une pièce de 5 francs enchâssée en un point précis de la paroi abdominale. »

Les autres signes d'examen sont bien moins importants ; la douleur provoquée en un point a une certaine valeur. Parfois diffuse, elle est souvent exquise en un point précis, répondant à une corne utérine.

Le toucher vaginal peut déceler une douleur vive au niveau du cul-de-sac de Douglas. Cette douleur syncopale montre la réaction péritonéale commençante.

Tel est l'aspect d'une perforation utérine vue à la période du début. Nous avons pris pour type une perforation sans lésion viscérale associée. Cette forme abandonnée à elle-même évolue soit vers la résolution, soit vers la péritonite.

En principe, il ne faut pas compter sur une évolution simple. Le pronostic d'une perforation utérine est loin d'être toujours rassurant. Les exemples sont encore nombreux qui montrent, les uns, l'infection suraiguë, les autres, l'hémorragie grave. L'évolution normale est la péritonite.

C'est parfois une péritonite suraiguë. Une observation de R. RISS en est un bel exemple. Une jeune

femme de 22 ans qui avait subi une injection intra-utérine de la part d'une sage-femme arrive trente-deux heures après dans un état de prostration extrême, avec hoquet, gémissements, subictère, facies terreux, excavé, pouls incomptable, hypothermie, un ventre douloureux avec contracture rigide de la paroi ; elle succombe quatre heures plus tard, soit trente-six heures après la perforation.

Plus souvent, il s'agit d'une péritonite aiguë ou même subaiguë ; le facies est péritonéal ; on note du délire ou, au contraire, de la prostration. La température est aux environs de 40°, le pouls est en rapport. Les vomissements pörracés, le hoquet parfois, l'arrêt relatif des matières et des gaz, le ballonnement abdominal, la matité déclive, la douleur vive au toucher du cul-de-sac de Douglas, constituent un tableau suffisamment net pour permettre de poser avec facilité le diagnostic de péritonite que l'interrogatoire rattache parfois à sa véritable cause.

Souvent, la mobilisation utérine est douloureuse. BERGOUIGNAN a été parfait en s'exprimant ainsi : « Ainsi donc la péritonite aiguë, généralisée, peut être d'origine génitale à cause du maximum pelvien des symptômes. C'est tout ce que l'on peut affirmer par la clinique, à moins que l'interrogatoire, élément capital du diagnostic, nous l'avons déjà dit, ne donne la certitude étiologique. Au reste, il importe peu, puisque la notion de péritonite aiguë généralisée commande la laparotomie immédiate, et que l'examen de l'utérus lèvera tous les doutes. »

A cette phase, la mortalité opératoire est très lourde. La mort survient au bout d'un ou deux jours dans le collapsus et l'algidité.

Ailleurs c'est un tableau d'hémorragie grave qui amène la malade. Celle-ci présente à la fois une hémorragie externe abondante qui sollicite le chirurgien à curetter pour extraire les débris placentaires, source présumée de l'hémorragie ; mais, dans ces cas, le curetage est très préjudiciable à la malade. La curette dilata-cère, agrandit la perforation préexistante et augmente le débit de l'hémorragie. Dans cette forme de perforation avec hémorragie, BERGOUIGNAN préconise l'exploration digitale de la cavité utérine ou, si l'orifice cervical est peu dilaté, l'exploration prudente de la cavité utérine à l'hystéromètre.

Il va de soi qu'une hémorragie interne plus ou moins importante accompagne cette hémorragie externe. Souvent, il s'agit de malades saignées à blanc, le facies est très pâle, cireux, les lèvres et les conjonctives sont décolorées ; le pouls est rapide, petit, incomptable, les extrémités sont froides, la tension artérielle est basse ; tandis que subjectivement la malade éprouve une sensation de froid intense.

Enfin, à côté de la péritonite, de l'hémorragie, l'infarctus tubo-ovarin sur lequel MONDOR a récemment insisté vient parfois ajouter ses propres éléments de gravité aux complications précédentes pour augmenter la sévérité de cette affection.

FORMES CLINIQUES

Les plus importantes de ces formes sont indiscutablement comprises dans la rubrique « formes latentes ». Il existe de nombreux cas de perforations utérines qui évoluent spontanément vers la guérison. Il s'agit soit de perforations criminelles petites, rapidement obturées par quelques fausses membranes ou par l'épiploon, ou par la contraction utérine après évacuation du placenta, soit de perforations criminelles petites ou larges, mais survenues sur des utérus très rétroversés. Dans ces conditions, le péritoine du Douglas obture automatiquement la perforation qui, si elle donne des signes, ne donnera que de petits signes de pelvi-péritonite.

Les perforations du curettage thérapeutique. — A propos de cette variété de perforations, il y a lieu de distinguer :

a) Les perforations dues au curettage trop brutal, réalisé par un opérateur inexpérimenté. Mais, laissons parler MONDOR : « Je commencerai, pour montrer jusqu'où peut aller certaine sauvagerie d'opérateur improvisé, par une observation allemande contée par ROEMI-BOESCH : elle fera comprendre qu'à quel que temps de là ce chirurgien allemand ait pu écrire : « Les blessures de la matrice les plus graves, les plus

brutales, dans les tentatives d'avortement, sont toujours faites par des médecins... C'est ainsi qu'ils ont arraché de leur mésentère des anses entières, enlevé des fragments d'épiploon, blessé la vessie, le rectum... le gros intestin... C'est sans doute un trouble du jugement tournant à la confusion complète, dès qu'il y a hémorragie importante, qui fait qu'on a pu retirer des anses intestinales longues de plusieurs mètres en les prenant pour le cordon ombilical (STOECKEL), ou qu'on a pris des lambeaux d'épiploon et d'appendice épiploïques pour des débris placentaires.

« RAMI-BOESCH fut appelé auprès d'une femme de 38 ans à laquelle un médecin quelques heures avant avait fait un « curage digital » pour hémorragie d'une grossesse de quatre mois. Ce curage avait duré deux heures, sans anesthésie, ni instrument ; il n'avait été interrompu que par le long évanouissement de la malade et surtout l'opposition indignée de la famille. Lorsque le chirurgien arriva la malade était sans pouls perceptible et gisante dans une mare de sang. L'examen montra que ce que le médecin avait cru être « une tumeur », un myome, était l'utérus à peu près entièrement arraché, pendant hors de la vulve, détaché des trompes, des ovaires, de son insertion vaginale, et ne tenant plus que par une mince bride péritonéale qui fut aussitôt pincée et coupée. La laparotomie faite sur-le-champ devait permettre des constatations plus étonnantes encore : tout le péritoine pelvien était déchiré jusqu'au squelette, les trompes et les ovaires étaient détachés par arrachement et égale-

ment attirés jusqu'à la vulve. Les artères utérines étaient longuement dénudées, mais avec une torsion providentielle. Le chirurgien répara de son mieux les ravages de cette singulière hystérectomie vaginale faite avec des ongles, par ce robuste et intrépide médecin, qui avait cru enlever par torsion et énucléation un myome latéro-utérin. »

Cette variété de perforation est très grave, car elle s'accompagne généralement de lésions viscérales.

b) Les perforations faites par un opérateur prudent et qualifié. La zone d'insertion placentaire est parfois si mince, si friable, que le simple contact de la curette suffit à la perforer. Mais, dans ces conditions, l'opérateur s'en aperçoit immédiatement et cesse le curettage.

Ces perforations seraient moins graves et ce sont celles où s'opposent les partisans de l'intervention d'urgence et de l'abstention.

Il paraît indiscutable que nombre de ces perforations guérissent spontanément par le repos absolu au lit et la glace, sans qu'aucun phénomène pelvi-péritonéal ait fait son apparition.

D'ailleurs, il y a lieu de rapprocher les cas où l'opérateur croit avoir perforé l'utérus alors qu'en réalité celui-ci s'est relâché et a rétrocedé devant la curette sans pour cela présenter de perforation.

Le pronostic de ces perforations du curettage thérapeutique est d'ailleurs plus fonction de l'état de septicité préalable de la matrice que des instruments

stériles utilisés ; alors que l'avortement criminel est réalisé avec des instruments septiques.

On rappellera encore l'existence de formes graves, hyperseptiques, gangréneuses. Ces formes évoluent selon un rythme suraigu.

— Des formes syncopales avec hémorragies extrêmement abondantes, pouvant rapidement tuer la malade.

— Des formes à types d'hémorragie interne. Une observation de GUEULETTE en est un très bel exemple : quand le chirurgien examine sa malade, elle est exsangue ; le pouls est à 120, la température à 38°2, en état syncopal ; la respiration est rapide et superficielle. Au palper, douleur hypogastrique, défense légère au même niveau ; au toucher, col mou, dilaté ; Douglas saillant, douloureux ; la mobilisation de l'utérus arrache des cris à la malade. On intervient immédiatement. A l'ouverture du péritoine s'échappe du sang liquide en abondance : il vient d'une large perforation déchiquetée de la paroi antérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale ; guérison. L'auteur fait remarquer que la perforation, d'abord petite, mais méconnue au cours du curettage, a dû être curettée à son tour, agrandie, déchiquetée. GUEULETTE ajoute : « A la lecture des observations tant françaises qu'étrangères que nous avons pu recueillir, nous avons été frappé du peu de mention et du maigre intérêt que l'on porte au facteur hémorragie dans les cas de perforation utérine... »

Une des perforations opérée par J.-Ch. BLOCH avait laissé sourdre dans le péritoine une quantité assez notable de sang pour entraîner des signes d'anémie.

Deux des six malades opérées par Pierre MONOD et KIRALY avaient un abondant épanchement de sang dans le ventre.

Une observation de DODELIN concerne une femme curetée par son médecin et morte en quatre heures d'une hémorragie interne cataclysmique par perforation de la paroi antérieure de la matrice.

VILLAR a observé deux cas de perforation utérine. Dans l'un d'eux, il y avait littéralement éclatement d'une corne utérine et de la trompe. Cette malade eut une hémorragie très importante. Deux transfusions réussirent à la sauver, mais elle mourut au quatrième jour d'occlusion intestinale.

BERGOUIGNAN a également opéré une perforation utérine avec du sang libre épanché en grande abondance dans l'abdomen.

Formes compliquées de lésions viscérales :

a) Lésions intestinales.

Il y a lieu de distinguer les formes avec incarceration simple de l'intestin sans lésions ni de l'intestin, ni de son méésentère ; les formes avec plaie ou rupture intestinale ; les formes avec large désinsertion méésentérique.

Aux signes de péritonite s'ajoutent des signes d'occlusion.

Une observation de PINSAN (de Béziers) signale sur

une anse grêle une désinsertion du mésentère sur quinze centimètres environ. L'anse ecchymotique n'est pas perforée.

HELMAN rapporte un cas où l'intestin grêle arraché du cæcum pendait dans le vagin et donnait issue aux matières.

BERGOUIGNAN trouve chez une de ses malades une anse grêle complètement désinsérée de son mésentère sur une longueur d'environ 25 centimètres.

MOCQUOT opère uen malade curettée quelques heures auparavant et qui présentait à la vulve une anse intestinale noirâtre, désinsérée de son mésentère.

On pourrait multiplier les exemples. Il est inutile d'insister sur la gravité plus grande de ces cas. C'est soumettre au shock d'une résection intestinale des malades qui ont saigné, et auxquelles une hystérectomie est souvent indispensable.

b) Lésions vésicales.

La lésion vésicale peut être parfois décelée par une hématurie ; c'est même en pratique le seul symptôme qui en évoque l'idée.

Le pronostic vital des perforations utérines ne semble pas devoir être sensiblement aggravé du fait de lésions vésicales. Tout est ici dans la précocité de l'intervention.

Le pronostic fonctionnel est celui des plaies de la vessie. Il faudra donc redouter les séquelles vésicales possibles et, en particulier, les fistules vésico-vaginales.

c) Uretères.

Les lésions urétérales sont citées par RATHERMOND, KLAUSER. Il est rare qu'elles soient diagnostiquées immédiatement. Le plus souvent, il s'agit de malades venant consulter pour une fistule urétéro-vaginale. C'est par l'interrogatoire que l'on apprend les manœuvres abortives auxquelles ont succédé plus ou moins rapidement les phénomènes urinaires.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de perforation utérine peut se poser dans plusieurs circonstances.

a) Au cours du curettage thérapeutique. — Le diagnostic n'est pas toujours aisé. Sans doute, dans les cas où la curette qui avait le contact de la paroi utérine ne rencontre plus aucune résistance et s'enfonce profondément dans l'abdomen, le diagnostic est aisé.

Mais il existe des utérus très flasques, dont la paroi est si mince et si dépressible que l'on a difficilement le contact du fond. L'utérus est très augmenté, il s'agit d'une grossesse de quatre à cinq mois ; l'opérateur peut fort bien avoir la sensation d'avoir perforé le fond, après avoir pris le contact des faces latérales qu'il obtient facilement.

Quand la perforation est indiscutable, il s'agit souvent de perforation préexistante. C'est l'avis de BERGOUIGNAN : « Nous sommes convaincus — et nous l'avons déjà dit plus haut — que bien des perforations attribuées au curettage devaient exister avant celui-ci. Comment s'en douter sil'on n'a pas systématiquement examiné sa malade dans ce sens, et si, après un simple toucher vaginal, on a introduit bougies ou curettes dans l'utérus ?... On est trop porté en effet, par habitude, à curetter presque systématiquement

tout avortement qui se présente, et il est bien exceptionnel que l'on envisage cliniquement la possibilité d'une perforation utérine. Un examen bien conduit et un peu approfondi empêcherait cependant, dans bien des cas, une erreur de diagnostic et éviterait à la malade et au chirurgien un curettage intempestif. »

b) En présence d'une malade amenée à l'hôpital pour avortement présumé criminel.

1° Le diagnostic est facile dans certains cas, quand la malade avoue les manœuvres abortives, précise même parfois qu'elle a ressenti une vive douleur, en même temps que la sonde ne rencontrait plus de résistance.

2° Le diagnostic est bien difficile quand, ce qui est fréquent, la malade nie toute manœuvre abortive.

L'appréciation du degré de contracture, de sa fixité, de sa résolution sous la glace, ou au contraire de son extension progressive, la prise répétée du pouls et de la température, tels seront les principaux éléments qui permettront de préciser l'indication du traitement. L'apparition d'un vomissement, l'altération du facies, seront également de bons éléments de diagnostic. A l'encontre de BERGOUIGNAN, qui recommande dans les cas douteux une exploration très prudente de la cavité utérine aux bougies de Heggar ou à l'hystéromètre comme premier temps de l'intervention et sur la table d'opération, nous déconseillons cette pratique qui nous paraît dangereuse.

En effet, s'il existe une perforation, elle risque d'être agrandie par l'instrument et, d'autre part, celui-ci

peut transporter dans l'abdomen des débris placentaires hyperseptiques.

Le problème consiste à découvrir les signes de perforation utérine chez une femme présentant une fausse couche indiscutable.

On pensera à la perforation utérine en présence de défense abdominale, de contracture. On sait que ce dernier signe est le meilleur élément de diagnostic. Cette contracture peut d'ailleurs être très limitée, à topographie hypogastrique, médiane ou latérale. Souvent, à la contracture s'ajoutent des douleurs abdominales vives, des vomissements. En cas de doute, on mettra la malade en observation et on la suivra d'heure en heure, afin de guetter l'extension possible de la contracture. La difficulté du problème consiste dans ce fait qu'une infection banale due à la rétention placentaire, qu'une infection pelvienne ou péritonéale compliquant l'avortement, peuvent parfaitement simuler la perforation utérine.

Le diagnostic est souvent très délicat. Si l'interrogatoire n'apprend rien, il ne reste qu'à demander à l'examen les renseignements suffisants pour poser les indications thérapeutiques. L'examen de la malade, d'heure en heure.

3° Ce n'est qu'en l'absence de la notion d'avortement, chez des femmes qui le nient absolument et chez lesquelles le col utérin s'est complètement refermé sur les débris placentaires que l'on pourrait discuter l'appendicite aiguë, la torsion d'un kyste ova-

rique, la salpingite aiguë ; le problème est ici très complexe et presque insoluble.

4° En présence d'une péritonite diffuse, le diagnostic est possible si l'on possède des antécédents précis de manœuvres abortives. S'ils manquent, on discute la péritonite appendiculaire, la péritonite à pneumocoques, la rupture de pyosalpinx, la gangrène utérine *post abortum*.

5° En présence d'un syndrome hémorragique enfin, le diagnostic de perforation utérine est important et ce n'est pas impunément que la curette d'un opérateur, dont le diagnostic est erroné, va dilacérer davantage un foyer de rupture utérine déjà très hémorragique, qui saigne à la fois dans l'abdomen et par l'extérieur.

6° Le diagnostic des lésions associées est facile s'il y a incarceration utérine des organes et s'ils pendent à la vulve. Sinon, c'est la seule laparotomie qui le permet et vient préciser les différentes lésions que nous avons signalées à l'anatomie pathologique.

PRONOSTIC

Le pronostic des perforations utérines est grave. Sans doute la perforation du curettage thérapeutique est-elle moins grave que la perforation criminelle. Mais comment affirmer que la perforation n'était pas préexistante au traumatisme créé par la curette ? Sans doute, les instruments stériles sont un élément de pronostic meilleur dans l'évolution de cette perforation.

Quant aux cas où un opérateur improvisé insiste et crée des dégâts importants au niveau de la matrice ou des viscères abdominaux, ils sont au moins aussi graves que les cas de perforation criminelle.

Dans l'ensemble, le pronostic est grave, et même très grave. C'est aussi l'opinion de MONDOR qui l'exprime à propos d'un cas terriblement grave qu'il a eu l'occasion d'observer :

« C'était la première rupture utérine que je voyais. Elle a contrarié vivement les souvenirs que je gardais de ce qui avait été dit des ruptures au cours des curettages par quelques-uns de mes collègues, et elle m'a fourni de la gravité de cet accident une image qui était difficile à interpréter, mais qui est plus difficile encore à oublier ; image bien différente, notamment de celle que SIREDEY a peinte jadis avec des tons tendres. Je me rappelais les cas d'AUVRAY, de DUBBLY,

de SAUVÉ, cas propres à refaire à celui qui eut la malchance ou la gaucherie de perforer la matrice une confiance absolue ; mais l'on peut dresser, et il y a intérêt à le faire, en face de ces faits si heureux, beaucoup d'exemples très sévères. »

Au total, la perforation utérine peut tuer par hémorragie, par péritonite, par étranglement, par sphacèle d'une anse intestinale incarcerated.

Toutefois, il ne faut pas croire que toutes les perforations utérines revêtent un égal caractère de gravité.

MOURE pense qu'on peut laisser évoluer spontanément les petites perforations. C'était aussi l'opinion de son Maître MORESTIN. MOURE ajoute : « Il serait naturellement absurde de conseiller l'abstention si, après un curettage brutal, on constate l'issue de l'intestin à travers l'utérus perforé ou s'il existe des signes ou des présomptions de lésions traumatiques ou infectieuses graves. »

SAUVÉ pense qu'il ne faut pas opérer systématiquement, mais intervenir au premier signe de gravité.

En conclusion, nombre de perforations guérissent spontanément, à côté de cas redoutables qui nécessitent des interventions complexes et shokantes. Dans les cas paraissant favorables, il convient de ne pas quitter la malade, de l'observer d'heure en heure, et opérer au moindre doute.

TRAITEMENT

Il s'agit d'un traitement difficile, très controversé et où s'affrontent les partisans de l'abstention et ceux de l'opération immédiate.

Les abstentionnistes et les interventionnistes ont tour à tour de bons arguments à faire valoir pour faire triompher leur point de vue. En réalité, quand on examine attentivement les cas publiés à la Société Nationale de Chirurgie de Paris et les discussions qu'ils ont suscitées, on s'aperçoit que dans l'ensemble les différentes thèses exposées sont parfaitement conciliables et que tout est fonction du cas particulier envisagé. Une fausse couche perforée ne ressemble pas à une autre. En effet, la résistance de la malade, le degré de l'infection générale, les circonstances de la perforation, l'absence ou l'existence de réaction péritonéale, l'absence ou l'existence de lésions viscérales associées, créent des types particuliers pour lesquels les indications varient considérablement. Comme dans de nombreux domaines de la pathologie, l'impression que ressent un chirurgien expérimenté en face de sa malade a la valeur d'une indication, et cela est difficilement exprimable.

Un facteur peut troubler l'observateur impartial : c'est que la plupart des observations publiées sont

suivies d'opération. Faut-il en conclure que toute perforation utérine doit être opérée. En aucun cas, en effet, les observations publiées concernent des cas très graves, souvent accompagnés de lésions viscérales, tandis que les cas à évolution favorable ne le sont pas, parce que théoriquement moins intéressants.

Il y a un fait indiscutable. Tous nos vieux Maîtres ont vu des perforations utérines présenter des suites parfaitement simples, sans que pour cela on ait pratiqué une opération. L'abstention est donc la première méthode à étudier, puisqu'elle est la plus ancienne.

1° Abstention opératoire.

BERGOUIGNAN, dans sa thèse, la définit parfaitement : « Il est bien entendu que nous envisageons sous ce nom l'expectative armée avec glace sur le ventre, sans injection, sans exploration utérine, et avec examens répétés de la malade qui permettraient d'intervenir à la moindre aggravation. »

MORESTIN en était un chaud partisan. MOURE, à sa suite, a défendu l'abstention.

SAUVÉ est d'avis de ne pas systématiquement opérer, mais d'intervenir au premier signe de gravité.

Enfin, l'abstention est la méthode adoptée par la majorité des chirurgiens pour les perforations du curettage thérapeutique, hors les cas d'infection utérine grave. Cette indication de l'abstention dans la perforation du curettage est surtout fonction du fait que la malade est sous surveillance étroite, en milieu chirurgical et que tout symptôme de gravité tels que

l'apparition de contracture, de vomissements, entraîne la laparotomie d'urgence. C'est, en somme, l'expectative armée, cela ne signifie nullement que la perforation du curettage soit moins grave, cela veut dire que la surveillance chirurgicale permet de surseoir et de jouer la carte de guérison spontanée.

Au contraire, la perforation criminelle n'est pas surveillée, n'est pas soumise à un traitement médical suffisant — elle peut guérir spontanément — mais l'absence d'immobilité, de glace, les manœuvres répétées pour obtenir une expulsion plus rapide du contenu utérin, font que la péritonite est plus fréquente et que lorsqu'elle se produit on voit les malades tardivement.

2° Les interventions chirurgicales :

a) L'hystérectomie est le procédé le plus souvent utilisé par les partisans de l'opération systématique ou même par ceux qui règlent leur conduite sur l'aggravation progressive des symptômes.

Deux voies sont possibles : la voie vaginale et la voie abdominale.

— L'hystérectomie vaginale :

C'est la méthode classiquement et la plus anciennement opposée à la perforation utérine.

Actuellement, MOURE, dans les cas où l'hystérectomie paraît indiquée, préfère la vaginale.

En réalité, l'hystérectomie vaginale est une opération aveugle qui risque de laisser passer inaperçues

des lésions viscérales graves. Elle est difficile sur ces utérus très infectés, très friables.

SAUVÉ, PROUST et la majorité des auteurs s'opposent pour ces raisons à la vaginale qu'ils considèrent évidemment plus dangereuse quant au risque de laisser évoluer spontanément des lésions viscérales intra-abdominales graves.

b) L'hystérectomie abdominale.

Est un procédé utilisé par nombre d'auteurs. Nous n'insisterons pas sur les détails de technique qui n'ont pas d'intérêt particulier, sinon sur la nécessité de protéger avec minutie le péritoine de la grande cavité. Elle sera généralement subtotale, parce que moins choquante, à moins qu'un examen préalable du col ait révélé celui-ci gangréné ou dilacéré et très infecté, auquel cas on sera amené à faire une hystérectomie totale. Un large drainage par mèches est évidemment nécessaire, « le drainage à la MIKULICZ est ici particulièrement indiqué et donne des résultats très favorables ».

c) La suture simple de la perforation avec conservation de l'utérus et des annexes a des partisans. Cette suture sera pratiquée après résection des bords de la plaie. Cette méthode a donné d'excellents résultats à quelques auteurs.

PINSAN a fait une fois la suture d'une petite perforation et la malade a mené à bien une grossesse ultérieure.

BASSET a pratiqué plusieurs fois la suture de la perforation avec chaque fois un excellent résultat. Il est

d'avis d'utiliser cette méthode quand l'intervention est précoce, s'il s'agit d'une perforation petite et non déchiquetée.

ROUHIER, soulignant le fait que les malades sont souvent très anémiées et très shokées, résèque la plaie utérine et conserve l'utérus après suture de la plaie — d'autant plus que dans un cas publié par lui, la malade fit une grossesse ultérieure sans ennui.

SAUVÉ rapporte à la Société de Chirurgie de Paris une belle observation où il résèque les tissus limitant la perforation, pratique la suture de celle-ci. La malade guérit, « se trouve ultérieurement enceinte et accouche dans de bonnes conditions ». Il ajoute : « Au cours de l'intervention, il convient de ne pas être systématique. Si de gros utérus mous, avec des perforations machurées et sanieuses doivent être enlevés, la suture primitive pourra être tentée dans le cas d'une perforation très récente à bords très nets.

Au total, les auteurs favorables à cette méthode considèrent et traitent la plaie utérine comme une plaie de guerre, en réséquant suffisamment ses bords. Ils suturent quand l'utérus n'est pas trop infecté, quand la plaie est petite, à bords nets, ou bien quand la malade ne peut, d'après son état général, faire les frais d'une hystérectomie.

d) La colpotomie — a été proposée par MORESTIN.

Cette méthode est à peu près abandonnée à l'heure actuelle, ne présente aucun avantage, et aucun argument ne saurait la faire prévaloir. Toutefois, elle conserve une indication pour drainer un foyer de pelvi-

péritonite suppurée consécutif à une perforation utérine.

Telles sont les méthodes et les indications s'inspirant des différents facteurs.

Une perforation criminelle sera plus volontiers opérée qu'une perforation du curettage pour cette raison que la première arrive à l'hôpital déjà compliquée de phénomènes péritonéaux. Cependant, si l'abstention est souvent recommandée dans la perforation du curettage thérapeutique, il est bien évident que s'il existe une anse grêle ou un lambeau d'épiploon à la vulve l'opération devra être pratiquée d'extrême urgence.

L'hystérectomie abdominale sera pratiquée chez des malades à l'état général suffisant, dans les cas où l'on trouve un utérus très friable, très infecté ou gangréné, dans les cas où la perforation est très large, déchiquetée, dans les cas enfin où il existe un vaste hématome du ligament large produit par une perforation isthmique latéro-utérine. Dans ce dernier cas, l'énorme danger de cellulite oblige à une hystérectomie pour bien exposer et drainer la base du ligament large correspondant.

La suture simple de la perforation sera utilisée dans les perforations de date récente. Le nombre d'heures est ici une notion capitale et devra être soigneusement précisé dans les perforations petites, à bords nets. C'est l'opinion de BORCQ qui conseille de : « régler sa conduite sur l'aspect, la dimension, l'ancienneté de la plaie utérine ; suturer les perforations petites et récen-

tes et pratiquer l'hystérectomie dans les délabrements très importants et dans les plaies déjà anciennes et infectées ».

Enfin, la suture simple sera pratiquée quel que soit l'état de la plaie utérine dans les cas où la malade ayant déjà subi par exemple une résection intestinale, ne peut subir sans grand danger le choc complémentaire d'une hystérectomie.

La plaie utérine sera traitée comme une plaie de guerre par résection large de ses bords. L'hystérectomie vaginale, enfin, n'aurait que des indications très limitées chez des femmes extrêmement infectées ou chez des femmes obèses avec tous les inconvénients que comporte cette méthode opératoire.

Les soins post-opératoires ont une grande importance. Sérums, tonicardiaques, morphine, glace sur le ventre, position de Fowler.

Quant aux traitements des lésions viscérales, il dépasse le cadre de la question et rejoint celui des lésions traumatiques de la vessie, de l'uretère, de l'intestin enfin.

Un principe, toutefois, devra être respecté : celui de faire l'intervention minima chez ces femmes saignées et infectées.

OBSERVATION I

(MARQUIS, BRAULT et BE... Inédite)

Perforation utérine consécutive à manœuvres abortives non avouées et ayant entraîné la mort par péritonite généralisée.

M^{me} X..., 35 ans environ ; 193...

Le docteur BE... est appelé le jeudi auprès de sa cliente, pour métrorragie abondante consécutive à un retard de règles de quinze jours environ ; le praticien pense à une fausse couche simple et appelle le docteur P. BRAULT. A son arrivée, celui-ci constate :

Température 38°5 ; pouls à 110. Le ventre est sensible dans toute son étendue ; il existe un certain degré de défense musculaire dans la région sous-ombilicale. Le toucher vaginal est très douloureux, en particulier au niveau du Douglas. Le docteur BRAULT pense à une fausse couche provoquée et à une perforation utérine ; il fait sortir toute la famille qui entoure la patiente, interroge celle-ci et lui expose que si c'est une perforation utérine, on peut la sauver en lui faisant une hystérectomie : *la malade nie absolument toute espèce de manœuvre*. Dans ces conditions, on abandonne le diagnostic de perforation utérine et on pense à une pelvipéritonite, peut-être gonococcique : on se contente du traitement médical : glace sur le ventre, etc., etc..., le curettage paraissant formellement contre-indiqué par la réaction

péritonéale. La température continue de s'élever, les symptômes péritonéaux deviennent plus nets.

Le lendemain, le docteur BE..., médecin habituel, l'interroge en particulier : *elle nie avec la dernière énergie*. Malgré cela, on fait venir le Professeur MARQUIS, qui n'est pas d'avis, dans ces conditions, de lui faire une hystérectomie.

Les jours suivants, le samedi et le dimanche, les symptômes vont s'aggravant, le traitement médical paraissant ralentir mais non enrayer l'évolution de la maladie.

Le lundi, à sa consultation, le docteur BE... voit arriver une amie de sa cliente qui lui dit « venir libérer sa conscience », que « son amie lui a fait ses confidences » et que, quarante-huit heures avant la première visite du docteur BE..., « son amant avait cherché à la faire avorter avec une baleine de parapluie ».

Mais à ce moment la malade est mourante, et elle succombe dans la soirée, avec tous les signes de péritonite généralisée, et avec toute sa connaissance.

Elle a préféré mourir plutôt que d'avouer les manœuvres qu'elle a subies.

OBSERVATION II

(MARQUIS)

M^{me} X..., 30 ans environ, adressée à la Clinique Saint-Vincent à Rennes, chez le docteur MARQUIS, par

un docteur qui a pratiqué un curettage sur cette malade.

Une anse grêle apparaît hors de la vulve.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Anse herniée ramenée dans l'abdomen sans aucun dommage. Large perforation du dôme utérin.

Perforation à bords contus et déchiquetés.

Hystérectomie.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION III

(LOEWY, in thèse de BERGOUIGNAN. Résumé)

M^{lle} D..., 17 ans, entre le 28 mai à la Salpêtrière, dans le service de M. le Professeur GOSSET. Elle présente un syndrome de péritonite aiguë généralisée. L'abdomen est très ballonné, mais est surtout frappé par une plaie siégeant au niveau de l'ombilic. La malade meurt rapidement, sans qu'on ait pu tenter une intervention chirurgicale.

L'autopsie montre les lésions suivantes :

Péritonite généralisée ; volumineux hématome de la région lombaire gauche et de la fosse iliaque. Perforation utérine largement béante au niveau du fond. Une longue sonde en caoutchouc est trouvée dans la cavité abdominale, au milieu de fausses membranes purulentes. Il existe en outre une plaie pénétrante de l'abdomen au niveau de l'ombilic. L'enquête permet

d'apprendre que l'auteur de l'avortement avait vu disparaître la sonde dans l'abdomen et n'avait pu la rattraper. Il avait alors fait une petite incision abdominale, espérant ainsi, mais en vain, supprimer le corps du délit.

OBSERVATION IV

(In thèse de BERGOUIGNAN. Résumé)

M^{lle} P... entre d'urgence à l'hôpital le 26 avril 1930. Fausse couche de trois mois. Son médecin avait tenté un curage digital et, au lieu de placenta, avait ramené à la vulve une anse intestinale.

Shok intense ; pouls à 120. L'abdomen est contracturé et douloureux dans tout l'hypogastre. Opération d'urgence. Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on voit une grande quantité de sang librement épanché dans la grande cavité. Pas de pus ni de fausses membranes. L'utérus présente à sa face postérieure une large déchirure transversale ; une anse grêle pénètre dans la déchirure utérine ; on l'en dégage. On pratique une hystérectomie sus-vaginale. Drain passant par le col. Péritonisation soigneuse au-dessus du drain.

L'anse intestinale est complètement désinsérée du mésentère sur une longueur d'environ 25 centimètres. Résection anastomose latéro-latérale. Mikulicz. Paroi en un plan à la soie.

Suites opératoires satisfaisantes. La malade sort guérie le 23 mai 1930.

OBSERVATION V

(MAUCLAIRE)

Perforation gangréneuse secondaire de l'utérus.

(Soc. Nat. de Chir., 1^{er} juillet 1914. — Résumé)

Femme de 21 ans, ayant subi une tentative d'avortement par injection intra-utérine de liquide caustique. Vue trente-six heures après la perforation, elle présente un facies péritonéal, un ventre douloureux et ballonné.

Laparotomie d'urgence. Liquide séreux dans le Douglas. Sur le fond de l'utérus la séreuse est saine, non perforée, mais recouvre une zone noirâtre. Drainage ; fermeture de la paroi en un plan.

Dans les jours qui suivirent, la température est élevée, il y a des vomissements. On pense à une rétention placentaire et on pratique alors un curettage très prudent le cinquième jour. Mort le dixième jour en pleine péritonite.

L'autopsie montre une très large perforation utérine avec péritonite. Cette perforation s'est faite à retardement, précédée d'une période de thrombose et de sphacèle utérine.

OBSERVATION VI

(ROZENSWEIG)

Déchirure de la vessie après perforation utérine.
(Zentralblatt für Gynecologie, n° 48, 1^{er} déc. 1931)

Fausse couche avec rétention placentaire. Curettage pratiqué par un médecin. Celui-ci amène à l'orifice cervical une sorte de polype qu'il coupe après ligature. Immédiatement après cette section se produit une hémorragie abondante et une hématurie. Un chirurgien appelé constate qu'il s'agit d'un fragment de vessie et non d'un polype.

Laparotomie d'urgence. On trouve une grosse déchirure utérine et deux perforations vésicales antérieure et postérieure.

Hystérectomie.

Fermeture en deux plans des plans vésicaux. Mèches dans les foyers.

Guérison avec fistule vaginale qui se fermera spontanément.

OBSERVATION VII

(TANASESCO)

Contribution à l'étude des perforations utérines.

(Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Paris,
tome LVII, N° 31, p. 1468-70, 25 nov. 1931)

M^{me} P..., 29 ans, tuberculeuse, enceinte ; on lui con-

seille le curettage. Le médecin qui pratique le curettage s'aperçoit que la curette ramène une frange épiploïque.

Opération deux heures après. Laparotomie immédiate sous rachianesthésie. Dans le Douglas il y a environ 10 grammes de sang. On aperçoit sur la face postérieure de l'utérus, et vers le fond, une perforation irrégulière à peu près de 2 centimètres. Sur la face antérieure du rectum existe une plaie irrégulière de 3 centimètres qui intéresse seulement la séreuse.

Hystérectomie subtotale. Suites opératoires simples. Guérison sans complication.

(OBSERVATION VIII)

(TANASESCO. — *Idem*)

M^{me} R..., 28 ans, amenée le 10 novembre 1931 avec le diagnostic de perforation utérine consécutive à une tentative de curettage pour avortement.

Fausse couche de trois mois. Le curettage est pénible, très douloureux. On décide une revision de la cavité utérine et on s'aperçoit que pendant que sur les autres parties de l'utérus l'hystéromètre ne dépasse pas le n° 13, du côté droit il s'enfonce en entier. Envoyée au chirurgien quelques heures après.

Bon état général ; douleurs dans la fosse iliaque droite.

Opération deux heures et demie après l'accident.

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Epiploon couvert de sang. L'examen du pelvis révèle une grossesse de trois mois. L'utérus est encore plein. La base du ligament large droit est distendue, le péritoine est violacé. L'utérus présente sur la face antérieure une perforation d'un demi-centimètre, par où il s'écoule quelques gouttes de sang. Par la palpation, on sent une rupture de la paroi latérale droite de l'utérus, du côté de l'isthme.

Hystérectomie supra-vaginale. Pas de suture sur le col ; drain sur le canal cervical. Péritonisation.

„Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION IX

(PINSAN, de Béziers)

Perforation utérine avec inclusion du grêle
au cours du curettage.

(Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Paris, 1933,
tome IX, N° 6, p. 241-243)

M^{me} G..., 3 ans, fausse couche de trois mois. Curettage sous anesthésie générale. Issue d'une anse intestinale. Malade vue trois heures après. Choc léger. Contracture sous-ombilicale. Un peu de sang à la vulve.

Opération immédiate sous anesthésie au balsoforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang dans le Douglas. Un examen rapide de l'intestin montre sur

une anse grêle une désinsertion du mésentère, au ras de l'anse, sur une quinzaine de centimètres. L'anse ecchymotique n'est pas perforée.

On repère l'anse. Il existe sur la face antérieure de l'utérus, à quelques centimètres au-dessus du col, une perte de substance médiane, à bords irréguliers, œdématisés.

La lésion intestinale appelle sans hésitation la résection. Pour l'utérus, la suture de la perforation pourrait être prise en considération, mais les bords de la brèche n'ont pas un aspect franc et l'utérus n'est pas vide.

1° Résection de 20 cms du grêle dont on rétablit la continuité par une anastomose latéro-latérale en deux plans.

2° Hystérectomie subtotale en conservant l'ovaire gauche.

Drainage vaginal. Mikulicz abdominal. Paroi aux bronzes. Suites simples.

OBSERVATION X

(R. SOUPAULT)

Arrachement du rectum et du colon sigmoïde
au cours d'un curettage.

(Soc. Nat. de Chir., tome LX, N° 13,
18 avril 1934, p. 568-70)

Fausse couche de quelques semaines. Curettage. La curette ramène à la vulve un fragment de paroi intes-

tinale. Vu par S... une demi-heure après. Opération immédiate.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Sang dans le bassin. Large brèche sur la face postérieure de l'utérus. Par cette brèche pénètre une lanière d'intestin. Hystérectomie subtotale.

Le gros intestin a sa paroi antérieure arrachée et dilacérée sur plus de 3 cms depuis le sommet de l'anse jusqu'au bas de l'ampoule. La réparation est impossible tant par la forme et l'étendue des lésions qu'en raison de l'état général.

« Je fais alors une résection du segment sigmoïdo-rectal blessé en coupant en haut et en bas aux limites mêmes des lésions puis, en sectionnant le méso et en liant les vaisseaux. Ensuite, je fais introduire par l'anus un tube de Paul, et, après avoir libéré un peu le haut sigmoïde, je l'attache grossièrement sur le raccord en verre et, faisant tirer le tube de caoutchouc qui lui fait suite, je réalise une intubation sigmoïdo-rectale. »

Quelques points au catgut placés en couronne de l'un à l'autre segment intestinal les amarrent l'un à l'autre sans aucune prétention d'étanchéité.

Nettoyage à l'éther. Drain vaginal. Mikulicz abdominal. Fermeture de la paroi en un plan aux doubles crins.

Anus cæcal. Suites satisfaisantes.

Mais après la suppression du Mikulicz s'établit une large fistule stercorale par la plaie médiane, tandis

que les matières trouvaient également issue par le vagin.

Au bout d'un mois, fermeture de la cæcostomie.

Le cinquantième jour, la plaie abdominale s'étant obturée d'elle-même, il ne reste plus qu'une fistule recto-vaginale haute. Revue après sept mois, on fait une laparotomie médiane et on trouve un bloc fibreux comprenant le moignon du col et le cul-de-sac vaginal postérieur fistulisé avec l'intestin. On sectionne et on entre aussitôt dans le rectum. De cette brèche rectale, on reprend la lèvre inférieure et on arrive à se glisser dans le plan de clivage recto-vaginal. Il reste alors à ouvrir le vagin régulièrement en collerette, à exciser la partie trop calleuse, puis à commencer la fermeture du vagin par des points très soigneux.

On passe ensuite au rectum. Là, la brèche est large. Après exploration, on se rend compte qu'il y a un rétrécissement sur l'anse afférente et que l'anastomose sera impossible, vu la différence de calibre, et d'autre part le fonctionnement très précaire en raison de cette sténose.

On fait alors une sorte de plastie, en excisant les bords sclérosés et en fendant de 2 à 3 cms la paroi antérieure du sigmoïde. Une anastomose est ensuite faite par suture à points séparés, en reprenant toute l'épaisseur des tuniques et on obtient une ligne très régulière, sans angle mort, paraissant devoir être bien étanche. Drain.. Fermeture de la paroi. Guérison.

OBSERVATION XI

(HELMAN, de Galatz)

Perforation utérine avec graves lésions intestinales
au cours d'un curettage pour avortement.

(Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.,
tome IX, N° 12, avril 1934, p. 536-538)

Perforation avec inclusion d'anses intestinales dans
le vagin. Laparotomie, hystérectomie, guérison.

L'intestin grêle arraché du cæcum pendait dans le
vagin et donnait issue aux matières. Il était en outre
désinséré du mésentère sur une longueur de 4 cms.
Grâce à l'étanchéité parfaite de la valvule iléo-cæcale,
l'état général de la malade était encore excellent 36
heures après la perforation et la déchirure de l'intestin.

La réaction péritonéale était à peine accusée.

Fermeture du cæcum.

Résection large du grêle désinséré. Iléo-colostomie
latéro-latérale.

On termine par une hystérectomie enlevant le fond
de l'utérus et le fragment intestinal incarcéré.

OBSERTATION XII

(MOCQUOT. — Soc. Nat. de Chir., 1931, p. 1167)

Curettage pour avortement. Le curettage avait été
poursuivi jusqu'au moment où apparut à la vulve

une anse intestinale grêle. Celle-ci apparaît noirâtre et désinsérée de son mésentère.

Grave état général. Laparotomie. L'anse est dégagée par des tractions douces (60 cms environ). Résection, puis anastomose latéro-latérale.

Suture simple de la plaie utérine.

Guérison après des suites un peu mouvementées.

OBSERVATION XIII

(SAUVÉ. — Société de Chirurgie, 1931, p. 1168)

Curettage pendant lequel on refoule l'intestin qu'il ramène dans l'utérus et le vagin.

Opération trois heures après ; de la contracture abdominale était apparue.

Peu de lésions intestinales. Perforation intestinale à bords nets. Résection des tissus limitant la perforation et suture primitive (analogie avec la plaie de guerre.

Guérison, grossesse ultérieure et accouchement normal.

OBSERVATION XIV

(LOEWY)

Deux cas de péritonite diffuse après manœuvres abortives.

(Soc. Nat. de Chir., 1930, séance du 26 mars,
p. 447-452)

Péritonite diffuse par perforation d'un utérus gra-

vide. Hystérectomie abdominale subtotale. Mikulicz, guérison.

M^{me} J..., 37 ans, admise le 28 avril 1928, salle Terrier, pour fausse couche de deux mois.

Manœuvres abortives avec sonde rigide, suivies de douleurs vives abdomino-pelviennes, pertes sanguines.

Température élevée à 40°. Ballonnement. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements bilieux, puis porracés.

Etat général très grave. Météorisme généralisé du ventre. Défense, sans contracture vraie ; submatité dans les flancs. Température à 37°. Pouls faible à 140.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus fétide, diffusé à la grande cavité. L'utérus est rouge, vascularisé, mou, augmenté. Perforation de la corne utérine droite.

Hystérectomie ; Mikulicz ; paroi en un plan aux bronzes. Guérison.

OBSERVATION XV

(LOEWY. — *Idem*)

Péritonite généralisée après manœuvres abortives. Drainage abdominal. Hystérectomie dans un deuxième temps. Guérison.

M^{me} F..., 28 ans, admise le 27 mars 1929, salle Terrier. Fausse couche de deux mois. Température, frissons, vomissements, ballonnement et défense.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus fétide.

Ebauche de cloisonnement pelvien. Drainage simple de la péritonite. Guérison. Mais fistule hypogastrique purulente.

Deuxième opération le 4 juin 1929. Hystérectomie rendue très difficile de par l'importance des adhérences.

La pièce examinée, on constate que l'orifice fistuleux de la paroi conduit dans une ouverture de la corne utérine droite au point d'implantation de la trompe.

OBSERVATION XVI

(LAGUIÈRE)

Trois cas d'hystérectomie abdominale
pour perforation utérine.

(Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris,
tome LIX, N° 12, 1^{er} avril 1933, p. 503-504)

M^{me} P..., 42 ans, adressée le 25 juillet 1930. Retard de trois semaines, manœuvres abortives la veille. Pertes sanglantes. Température à 38°5.

Abdomen douloureux, légèrement contracturé dans la région sus-pubienne. Toucher douloureux qui montre un utérus dévié avec empâtement du cul-de-sac gauche et du Douglas.

Sous anesthésie générale : exploration prudente de l'utérus qui montre une perforation de sa face postérieure.

Laparotomie immédiate. On découvre : une perforation utérine ; une grossesse extra-utérine gauche avec quelques caillots dans le Douglas.

Hystérectomie subtotale. Péritonisation. Drain. Guérison sans incident.

OBSERVATION XVII

(LAGUIÈRE)

M^{me} K..., 28 ans, adressée le 4 janvier 1929. Fausse couche de deux mois provoquée ; date de trois jours. Température 39°5, pouls à 120. Vomissements ; ventre légèrement ballonné. Au toucher, utérus douloureux, col dilaté... Anesthésie éther. Exploration prudente de l'utérus : on découvre une perforation utérine ; laparotomie immédiate. On dégage l'épiploon qui est venu boucher une perforation siégeant sur le fond utérin, près de la corne gauche. C'est une perforation ancienne à bords violacés et infectés...

Hystérectomie subtotale, drain par le col dilaté, Mickuliz.

Guérison rapide en vingt jours sans incidents.

OBSERVATION XVIII

(LAGUIÈRE)

M^{me} M..., 43 ans. Fausse couche provoquée de trois mois et demi. Douleurs abdominales, pertes abondantes. Curettage le même jour, au cours duquel il

est constaté une perforation utérine. Abstention. Glace.

L... voit cette malade le 10 août 1929, c'est-à-dire quatre jours après le curettage.

Le 11 août, température 39°1 ; vomissements.

Le 12 août, vomissements répétés, frissons ; température oscille entre 38°5 et 39°5 ; pouls à 120, 130. Facies tiré, mauvais état général.

Intervention : laparotomie ; utérus bloqué par épiploon et grêle.

Perforation sur la face antérieure de l'utérus, liquide louche, séro-sanglant dans le Douglas ; anses intestinales rouges.

Hystérectomie subtotale, drain vaginal, Mickuliz., Peu après suppuration abondante ; phlébite du M. I. gauche. Guérison.

OBSERVATION XIX

(Kuss)

Perforations utérines avec inclusion
de l'intestin grêle.

(Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie,
tome LVII, N° 26, 7 novembre 1931, p. 1262-1265)

Hôpital Tenon, 1921. Curettage pour avortement suivi de signes d'abord peu accusés de subocclusion intestinale, mais les signes s'aggravent, ainsi que l'état général. D'autre part, une contracture abdominale nette apparaît. Le facies est péritonéal.

Op. A. G. chloro. Laparotomie sous-ombilicale. Il existe sur le fond de l'utérus, près de la corne droite, une perforation utérine de 3 cms empiétant un peu sur la face antérieure de l'organe. Cette perforation était bouchée par une anse d'intestin grêle, pincée latéralement dans la brèche utérine et y adhérant solidement. L'anse paraissant en bon état, malgré quelques dépôts de fibrine à sa surface, on la libère de l'utérus, en la disséquant soigneusement. On y parvient sans grande difficulté. On ferme la brèche utérine par trois points au gros catgut.

Guérison sans complications.

OBSERVATION XX

(Du même auteur)

Hôpital de la Pitié, 1922. Curettage, une anse grêle apparaît hors de la vulve.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A. G. au chloro. L'anse herniée peut être ramenée dans l'abdomen par des tractions douces sans aucun dommage.

Après l'épluchage des lèvres de la plaie utérine qui siège au fond de l'utérus, sur la droite, on fait une suture extra-muqueuse de la paroi utérine par trois points isolés au gros catgut. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXI

(ROUHIER)

(Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., tome LVII,

N° 29, 14 nov. 1931, p. 1334-1336)

ROUHIER, 1905. Service de POIRIER à Lariboisière.

Curettage. La curette s'enfonce très profondément et on sent dans l'utérus une masse mollassse ; on prend une pince à morcellement et, croyant saisir le placenta, on attire une anse intestinale et un col de mésentère. On lâche le tout qui se rétracte, on repousse l'anse avec une bougie de Hégar et on a l'impression tactile très nette que l'anse se réduit brusquement à travers la perforation utérine.

Tamponnement de l'utérus ; glace sur le ventre. Guérison.

OBSERVATION XXII

(ROUHIER)

Large perforation utérine avec inclusion de l'intestin grêle. Laparotomie. Résection du grêle. Conservation de l'utérus avec résection partielle de ses parois. Grossesse ultérieure et accouchement normal.

(Bull. de la Soc. de Chir. Paris, tome LVII, N° 29, p. 1334-1336.)

M^{lle} D..., 27 ans, entre à l'hôpital Boucicaud le

1^{er} juin 1926. Fausse couche de cinq mois. Curettage pratiqué dès l'entrée de la malade à l'hôpital, et la curette ramène une anse de l'intestin grêle.

ROUHIER examine la malade et voit une anse de l'intestin grêle flétrie, baignée de sang et désinsérée de son méso rompu.

Opération de laparotomie médiane. On trouve parmi les anses la tête fœtale. L'utérus est énorme avec une brèche dans la paroi antérieure, dans laquelle s'engage l'intestin.

On extrait l'anse de la brèche utérine. Son méso présente une déchirure qui paraît avoir près de 4 cms.

La plaie utérine est très étendue de l'isthme utérin jusque sur le fond, au-dessus de l'attache du ligament utéro-ovarien droit.

ROUHIER se décide à conserver l'utérus, résèque les bords de la plaie utérine et suture cette plaie au catgut.

On s'occupe ensuite de l'intestin grêle ; on se voit obligé de sacrifier près de 1 mètre d'intestin grêle. Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Epiplooplastie sur la suture.

Mickuliz rétro-utérin. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires simples. La malade sort guérie le 4 juillet 1926.

Deux ans après est enceinte ; accouchement normal.

CONCLUSIONS

1° Les perforations utérines sont fréquentes : le petit nombre des observations publiées explique la rareté classique attribuée à cette lésion.

2° L'aspect et la date de la plaie utérine ont une importance fondamentale au cours d'une laparotomie. Une petite plaie à bords nets, de date récente, peut être suturée. Une vaste plaie, à bords déchiquetés, très hémorragique, datant de quelques jours, commande à coup sûr l'hystérectomie.

3° Le diagnostic d'une perforation utérine est difficile à poser. L'extension progressive de la contraction est la meilleure indication opératoire.

4° L'indication du traitement est difficile à poser. En principe, on peut admettre que, en dehors de cas de lésions viscérales associées, en dehors de tout phénomène infectieux, l'abstention en milieu chirurgical, l'expectative armée est une méthode défendable à condition qu'au moindre signe de gravité on pratique d'urgence une laparotomie médiane.

5° L'hystérectomie vaginale, excepté le cas de la femme obèse ou incapable, du fait de l'infection, de subir l'opération abdominale, doit être proscrite parce que trop aveugle.

6° L'hystérectomie abdominale est une méthode

excellente et semble être la méthode de choix dans de nombreux cas (utérus très infecté ou gangréné, perforation large et déchiquetée, vaste hématome du ligament large, etc.).

7° Le pronostic des perforations utrines est grave, d'autant que des lésions viscérales leur sont souvent associées.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT :

R. PROUST.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOULD. — Le traitement des P. U. (*Marseille médical*, n° 22, 5 nov. 1930).
- AUVRAY. — Discussion à la Soc. de Chir. 1924, p. 828.
- BALARD. — Perforation utérine constatée au cours d'un curetage pour avortement criminel (*Bul. Soc. d'Obst. et Gyn.*, n° 192, p. 851).
- BALTHAZARD. — *Bul. de Soc. Méd. Lég.*, janvier 1914.
- BATTOMLEY. — Passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale (*Med. Journal and Record*, n° 6, 21 sept. 1914).
- BRINDEAU et LEMELAND. — Traité d'Obst. (BAR et BRINDEAU tome III, p. 555).
- BERGOUIGNAN (Louis). — Thèse de Paris, 1931 (*Les perforations utérines de l'avortement criminel*).
- BROWN CRAIG. — P. U. avec blessure du grêle (*Med. Journal of Australia*, n° 11, 17 mars 1928).
- COTTE et POITEVIN. — Rapport au Congrès de Gynécologie, 1921.
- FAURE (J.-L.) et SIREDAY. — Traité de gynécologie.
- FIEUX. — Perforation gangréneuse de l'utérus abortif (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910, n° 7).
- GEORGESCU et JONESCU. — Rupture utérine par tentative d'avortement (*Revista de Chirurgie*, Bucarest, août 1929).
- GUYOT et VILLAR. — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux, 8 mai 1928).
- HELMAN. — P. U. avec grave lésion intestinale au cours d'un curetage pour avortement (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, tome LX, n° 12, 21 avril 1934, p. 536 ; rap. M. PICOT).
- KRSEK. — Avortement provoqué avec perforation étendue de l'utérus (*Bratislavke Lekarske Listy*, n° 10, oct. 1929).
- KUSS. — Perforations utérines avec inclusion de l'intestin grêle (*Bulletin et Mémoire Soc. Nat. Chir.*).
- LAPOINTE. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1924, p. 282.
- LAUBENBURG. — Deux cas curieux d'inclusion des viscères dans les perforations utérines (*Zentr. für Gyn.*, n° 18, 4 mai 1929).

- LAQUIÈRE. — Trois cas d'hystérectomie abdominale pour perforation utérine (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, tome LIX, n° 12, avril 1933, p. 501 ; rap. de R. PROUST).
- LAFONT et JAHIER. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 19 juin 1929, p. 617.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, p. 545.
- LECLERCQ et CRÉPIN. — *Bulletins de la Société de Médecine Légale*, janvier 1914.
- LOEWY. — *Bulletin de la Soc. de Chir.*, n° 12, 1930.
- MAUCLAIRE. — Perforation gangréneuse secondaire de l'utérus (*Soc. Nat. de Chir.*, 1^{er} juillet 1930).
- MESTITZ. — Blessure grave de l'intestin à la suite d'une perforation utérine (*Zentralblatt für Gynecologie*, n° 50, 13 déc. 1929).
- MONDOR (H.). — Perforations utérines. (*La Pratique médicale française*, mai 1933).
- MONOD et KIRALY. — Perforations de l'utérus infecté (*post abortum*) (*Presse médicale*, 30 août 1930).
- MORGENSTERN. — Thèse de Paris, 1922.
- MOULONGUET et ARBKEVITCH. — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. LECÈNE, t. II.
- OTTOF. — Déchirure de l'uretère après perforation utérine (*Zentralblatt für Gynecologie*, n° 48, 1^{er} déc. 1928).
- PAUL. — Thèse de Paris, 1906.
- PLACENTIANU. — Perforation utérine avec rupture de l'anse sigmoïde (*Glugul medical*, 1^{er} avril 1931).
- PINSAN (J.-R.). — Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours du curetage. Entérectomie et hystérectomie. Guérison. (Rapp. de M. Z. O. KINCZYC in *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LIX, n° 6, 18 nov. 1933, p. 241).
- PROUST. — *Bulletin et Mémoire de la Soc. de Chir.*, séance du 11 avril 1934, p. 536.
- ROZENSWEIG. — Déchirure de la vessie après perforation utérine (*Zentralblatt für Gynecologie*, n° 48, 1^{er} déc. 1928).
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique*.
- ROUHIER. — Large perforation utérine avec inclusion du grêle. Laparotomie ; résection partielle de ses parois. Grossesses ultérieures et accouchements normaux (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LVII, n° 29, 14 déc. 1931, p. 1334).
- SCHWARTZ. — Le traitement des blessures de l'utérus (*American Journal of Obs. and Gyn.*, n° 1, janvier 1929).

- SIMONCELLI. — Perforation utérine et intestinale par manœuvres abortives (*Il Policlinico*, Roma, n° 1, 5 janvier 1931).
- SMITH. — Avortement avec perforation utérine (*L. Island Medical Medical Journal*, Broovlyn, 1915, p. 56).
- SERGEEF. — Contribution aux perforations utérines (*Zentralblatt für Gynecologie*, n° 51, 22 déc. 1928).
- SOUPAULT (R.). — Arrachement du rectum et du colon sigmoïde au cours d'un curettage (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LX, n° 13, 28 avril 1934, p. 568).
- TRÉMOLIÈRES. — Rupture de l'artère utérine au cours d'un avortement (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1908, p. 504).
- TANASESCO. — Contribution à l'étude des perforations utérines (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LVII, n° 31, 5 déc. 1931, p. 501).
- Nat. de Chir.*, t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933, p. 501.
- TIERNY (A.). — Perforation utérine avec inclusion du grêle au cours d'une application de forceps (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933, p. 501).
- WORTMANN et MAX-WELL. — Perforation traumatique de l'utérus avec lésion du rectum (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n° 1, janvier 1929, vol. XVII, p. 96).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
ETIOLOGIE	19
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	21
SYMPTOMATOLOGIE	29
FORMES CLINIQUES	35
DIAGNOSTIC	43
PRONOSTIC	47
TRAITEMENT	49
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

